

## 医療費明細の発行申請書

### 【対象者情報】

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
生 年 月 日	
必要な期間(診療月)	年 月 から 年 月 まで

### 【申請者情報】

住 所	〒
電 話 番 号	( )
氏名※原則本人となります	
対象者との関係(続柄)	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真がない通知カードは不可) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )
発行が必要な理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )

### 【申請に必要なもの】

申請書 本人確認書類(郵送申請の場合は写し同封) 返信用封筒(要切手)

#### ○申請者本人確認書類について

顔写真が貼付されているものは1点確認、貼付されていないものは2点確認となります。

#### ○対象者本人が亡くなっている場合

申請者と対象者との関係がわかる書類(戸籍謄本の写し等)を併せて提出してください。なお、当広域連合に受領申出人として届け出ている方は、対象者との関係がわかる書類の提出は不要です。

#### ○郵送で申請される場合について

・【申請に必要なもの】を同封し、宮城県後期高齢者医療広域連合給付課あて(〒980-0011 仙台市青葉区上杉一丁目2番3号)にお送りください。

○申請を受付けてから医療費明細がお手元に届くまで1週間ほど時間がかかりますので、ご了承ください。

担当者 記入欄	本人 確認 者		受 付 日		シ ス テ ム 標 準		発 行 日	
------------	---------------	--	-------------	--	----------------------------	--	-------------	--